COMPLÉTEZ CE FORMULAIRE
Puis cliquez sur « Fichier » / « Enregistrez sous ».
Renvoyez-le par mail à expéditeur

Nom et prénom : . . . . . .

Date et heure du rendez-vous : ___ / ___ / 2021, à ___ *h* ___

Nom du médecin (si connu) : . . . . . .

Groupement Hospitalier de Territoire
Nord Ouest Vexin Val-d'Oise
- Centre Hospitalier René-Dubos
- Groupe Hospitalier Carnelle Portes de l'Oise
- Groupement Hospitalier Intercommunal du Vexin

Questionnaire Patient

Avez-vous été testé positif au Coronavirus depuis le début de l'épidémie ? ☐ **oui** ☐ non

Si vous avez consulté votre médecin traitant au cours des derniers mois, le diagnostic de COVID19 a-t-il été retenu ?
(si oui date ___ / ___ / ___) ☐ **oui** ☐ non

si la réponse à l'une de ces deux questions est **oui** ne remplissez pas la suite du questionnaire

Contact :

1. Avez-vous eu un contact étroit avec une personne ayant présenté une COVID 19 dans les 3 à 4 dernières semaines ? ☐ oui ☐ non
   (si oui date des de la maladie ___ / ___ / ___)
2. Etes-vous usager des transports en commun ? ☐ oui ☐ non
   (si oui le dernier transport date-t-il de moins de 14 jours ?) ☐ oui ☐ non

Au cours du dernier mois avez-vous ressenti ?

1. De la fièvre ? ☐ oui ☐ non
   (si oui durée de l'épisode : ___ jours et date des symptômes : ___ / ___ / ___)
2. Une altération de l'odorat et/ou du goût ? ☐ oui ☐ non
   (si oui date des symptômes ___ / ___ / ___)
3. Des maux de tête persistants ? ☐ oui ☐ non
   (si oui date des symptômes ___ / ___ / ___)
4. Des courbatures ? ☐ oui ☐ non
   (si oui date des symptômes ___ / ___ / ___)

Au cours du mois dernier avez-vous présenté ?

1. Une toux sèche ayant perduré quelques jours ? ☐ oui ☐ non
   (si oui date des symptômes ___ / ___ / ___)
2. Des difficultés respiratoires ayant perduré quelques jours ? ☐ oui ☐ non
   (si oui date des symptômes ___ / ___ / ___)
3. Des troubles digestifs (douleurs abdominales diarrhées vomissements…) ? ☐ oui ☐ non
   (si oui date des symptômes ___ / ___ / ___)
4. Un rhume ayant persisté plus longtemps qu'habituellement ? ☐ oui ☐ non
   (si oui date des symptômes ___ / ___ / ___)
5. Une période de fatigue très intense inhabituelle ou d'importants vertiges avec chutes ? ☐ oui ☐ non
   (si oui date des symptômes ___ / ___ / ___)

Actuellement :

1. Présentez-vous l'un des symptômes précédemment cités ? ☐ oui ☐ non
   (si oui date des symptômes ___ / ___ / ___)

Interprétation des réponses

Contacts étroits : *partage du lieu de vie, contact direct en face à face, à moins d'1 mètre du cas ou pendant plus de 15 minutes, lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.*